

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE **174** No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre DERIEUX

Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 1^{er} Mars 1908, à Cambrai (Nord)

DE L'ARTHROTOMIE
DANS LES HYDARTHROSES DU GENOU
(dites essentielles)

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre DERIEUX

Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 1^{er} Mars 1903, à Cambrai (Nord)

DE L'ARTHROTOMIE
DANS LES HYDARTHROSES DU GENOU
(dites essentielles)

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER..
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale.....	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER.....	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA BELLE-FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

*En remerciement du très grand
Honneur qu'il nous fait en ac-
ceptant la présidence de cette
Thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE MOULONGUET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de
ce travail. En remerciement pour
tout ce que nous lui devons et en
témoignage d'affectueux attache-
ment.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉTIENNE SORREL

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau

Qui nous a guidé dans la rédaction de ce travail. En témoignage de notre reconnaissance.

Externat

- M. LE DOCTEUR GERNEZ (*in Memoriam*) (1930).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVALLIER (1931).
M. LE DOCTEUR BENARD (1931).
M. LE PROFESSEUR BAUDOUIN (1933).

Internat

- M. LE DOCTEUR ÉTIENNE SORREL (1935).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCC (1936).
M. LE DOCTEUR LOUIS BAZY (1936).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET (1937).
M. LE PROFESSEUR MARION (1938).

INTRODUCTION

Les Hydarthroses essentielles du genou posent en pratique des problèmes souvent fort complexes, tant au point de vue pronostic qu'au point de vue thérapeutique, laissant souvent le chirurgien sans ligne de conduite précise.

L'Arthrotomie exploratrice dans ces cas est susceptible de présenter un double intérêt :

1^o INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE : Permettant parfois de déceler facilement la cause de l'épanchement articulaire :

lésion méniscale atypique,
corps étranger articulaire,
synovite chronique,

permettant, dans les cas où l'examen macroscopique ne révèle rien d'anormal, une Biopsie de la Synoviale : examen indispensable pour considérer comme tuberculeuse une Hydarthrose essentielle.

2^o INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE : Cette arthrotomie permet en effet d'appliquer le traitement propre

à chaque étiologie précise. Cette arthrotomie simple, dans certains cas d'étiologie imprécise, semble en effet avoir eue par elle-même un rôle thérapeutique indiscutable.

PRÉAMBULE

Cette étude de l'Arthrotomie dans les Hydarthroses du genou dites essentielles est basée toute entière sur l'histoire de 19 malades observés soit à l'hôpital Tenon soit à la Maison Municipale de Santé, soit dans la pratique privée du Dr MOULONGUET.

Ces 19 malades se présentaient tous comme des sujets atteints d'épanchement intra-articulaire du genou dont la cause paraissait impossible à élucider par les moyens cliniques aidés de la Radiologie et du Laboratoire.

Seule, l'arthrotomie Exploratrice dans ces cas a permis de préciser la cause de l'épanchement 19 fois se répartissant comme suit :

- 3 cas de lésions méniscales ;
- 2 cas de désordres du genou ;
- 5 cas d'Arthrite chronique ;
- 5 cas de lésions diverses : 1 luxation rotulienne, 1 arthrite villeuse avec bursite, 1 angiome synovial, 1 frange synoviale hyperplasique, 1 corps étranger, articulaire,
- 2 cas de synovite chronique.

Deux fois, même l'articulation ouverte, la cause de l'hydarthrose n'a pu être précisée. Dans ces 2 cas d'ailleurs, l'arthrotomie exploratrice a donné un résultat fonctionnel remarquable malgré l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons pour interpréter de tels faits.

C'est la connaissance de ces cas :

découverte d'une lésion causale,

action curatrice de l'arthrotomie en elle-même, qui nous a conduit à nous montrer enthousiastes pour une méthode qui, appliquée avec les précautions habituelles à la chirurgie articulaire, ne nous a donné que des succès.

I

L'ARTHROTOMIE EXPLORATRICE DU GENOU

Les techniques employées

Nous avons toujours employé pour aborder l'articulation du genou en cas d'hydarthrose essentielle, la voie latérale.

Presque toujours nous avons commencé par une incision latérale de dimensions moyennes, telle que incision de LECÈNE. Cette incision ayant été agrandie chaque fois que le besoin s'en est fait sentir, par une incision plus longue : incision de GERNEZ.

ANESTHÉSIE : très variable.

Rachidienne (Novocaïne).

Générale par inhalation : Éther, Schleich.

POSITION DU SUJET : En décubitus dorsal, genou demi-fléchi et en rotation externe. Une fois nous avons opéré un sujet, la jambe pendante (la table cassée à son extrémité postérieure et montée au maximum de sa course). Cette position nous a paru particulièrement confortable pour le chirurgien.

INCISION : D'abord incision de LECÈNE : légèrement arciforme d'abord, suivant le bord inférieur du Vaste Interne ou du Vaste Externe sur 4 à 6 centimètres. Puis descendant le long du bord interne de la Rotule à 1 ou 2 travers de doigts en dedans d'elle, puis oblique en bas et en dedans pour atteindre en bas le bord interne du Ligament Rotulien.

Il est alors très facile si le besoin s'en fait sentir d'agrandir l'incision à la « GERNEZ » ; en remontant le long du Vaste Interne ou du Vaste Externe jusqu'à un bon travers de main au-dessus de la base de la Rotule.

En réclinant le Vaste Interne en dehors ou le Vaste Externe en dedans on peut inciser au-dessous de lui la capsule en avant du ligament latéral interne et le cul-de-sac sous quadricipital. On a alors un jour très grand sur l'articulation. Mais il est encore possible de l'agrandir en luxant complètement la Rotule face articulaire en avant : on a alors un jour énorme sur toute l'articulation.

Cette incision a le considérable avantage, d'abord de respecter le ligament latéral interne, mais encore et surtout de permettre l'exploration complète de l'articulation : Épines Tibiales, Ligaments Croisés, Ménisques. (Même le ménisque du côté opposé.)

Seule, l'exploration de la Corne Postérieure du Ménisque peut être gênée par cette incision ; il est alors facile de pratiquer une section transversale du Ligament latéral interne.

SUITES OPÉRATOIRES : Immobilisation stricte dans un appareil plâtré prenant le genou. La durée d'immobilisation doit être limitée à quelques jours.

L'immobilisation sur une attelle de BÆCKEL nous a paru insuffisante et nous y renonçons maintenant.

Rapidement après cette immobilisation : Massage et Mobilisation progressives.

II

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE CETTE ARTHROTOMIE EXPLORATRICE

Dans aucun des 19 cas d'Hydarthrose du Genou que nous avons observés et dans lesquels une Arthrotomie fut pratiquée nous n'avons eu à regretter l'acte opératoire.

L'intervention dans 17 cas, en effet, a permis la découverte de la lésion causale :

15 fois par la constatation de lésion macroscopique.

2 fois par l'examen Histologique pratiqué après Biopsie.

Dans les deux cas où, même l'articulation ouverte, les lésions n'ont pu être précisées, nous n'avons pas regretté l'exploration de l'articulation et l'évacuation de l'épanchement.

**A. — Découverte de lésions macroscopiques,
causes de l'hydarthrose**

Ces lésions se répartissent de la façon suivante :

lésions méniscales	3 fois
désordres du genou.....	2 —
arthrites chroniques	5 —
luxation rotulienne	1 —
angiome synovial.....	1 —
corps étranger	1 —
frange synoviale hypertrophique	1 —
arthrite villeuse avec bursite	1 —

I. — LÉSIONS MÉNISCALES

Devant toutes les Hydarthroses du Genou que nous avons examinées, nous avons recherché systématiquement la possibilité d'une lésion Méniscale.

Certes, dans les cas où existe la notion nette d'un blocage, l'existence d'une douleur précise avec saillie du ménisque et une atrophie musculaire manifeste, le diagnostic étiologique de l'Hydarthrose nous a paru facile.

En réalité, ce ne sont pas ces formes typiques qui posent un problème diagnostique délicat, mais bien les formes où l'Hydarthrose est le seul signe clinique ou presque, et l'on sait que l'Hydarthrose est le plus irrégulier des symptômes des lésions méniscales. Notre maître, Monsieur le Professeur SORREL, nous l'a enseigné depuis longtemps : « Le chapitre des lésions post-traumatiques croît singulièrement de-

« puis plusieurs années, dit-il; les lésions méniscales
« sont fréquentes et à côté du type caractérisé si net-
« tement par un blocage douloureux suivi d'épan-
« chement articulaire immédiat, il existe une série
« de formes très discrètes. L'Hydarthrose peut sur-
« venir sans que les phénomènes douloureux aient
« attiré beaucoup l'attention et il faut parfois un
« interrogatoire très serré et une observation très
« précise des conditions dans lesquelles se produit
« cette Hydarthrose pour en reconnaître la cause. »

Au sujet du blocage, seule preuve absolue de la réalité d'une lésion méniscale, il est difficile d'en faire état à coup sûr, ce signe n'existant qu'en fonction de la justesse de l'anamnèse fournie par le malade; et pourtant dans 2 observations de nos malades nous avons noté l'existence d'un blocage « au lit ». Le sujet couché faisant un mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse présentait un brusque arrêt dans l'exécution de ce mouvement.

La première fois que nous avons noté ce signe chez un sujet qui se présentait avec une Hydarthrose isolée, nous n'avons pas su en donner une interprétation exacte.

La deuxième fois, instruit par l'histoire de notre premier malade et les constatations faites au cours de l'Arthrotomie exploratrice, ce signe nous a permis de soupçonner une lésion méniscale; lésion qui fut vérifiée à l'examen opératoire.

Ce signe a pour nous maintenant une grande valeur diagnostique et nous ne manquons jamais de la

rechercher chaque fois que la symptomatologie méniscale n'est pas au complet. Ce symptôme d'ailleurs avait déjà été signalé par TAVERNIER et MOUCHET dans leur étude sur la *Pathologie des ménisques*. « Nous connaissons un malade, disent-ils, qui, si « paradoxal que cela puisse paraître, ne se bloque « que dans son lit. » Nous n'avons trouvé mention de ce signe nulle part ailleurs.

Mais quelque soit l'intérêt de recherches cliniques minutieuses, l'absence de signe de certitude a amené les chirurgiens à chercher des procédés de diagnostics nouveaux :

la radiologie simple sur clichés de face, de profil, de 3/4, ou même sur clichés avec films cintrés (BÉCLÉRE) ;

les injections intra-séreuses d'air, de substance de contraste ; soit indépendamment, soit en association, pour ingénieuses qu'elles soient, semblent devoir être d'interprétations délicates.

Certes, ces diverses méthodes ne paraissent pas dangereuses, sauf peut être la possibilité exceptionnelle d'une embolie gazeuse, mais l'importance des risques qu'elles entraînent ne doit guère être inférieur à celui d'une simple Arthrotomie du Genou. Mais ce qui constitue surtout la supériorité de l'intervention sanglante c'est moins au demeurant une question de gravité de la technique que de précision plus grande dans les résultats.

Dans les 3 cas de lésions méniscales découvertes au cours de l'Arthrotomie pratiquée pour Hydar-

throse de cause inconnue, nous avons constaté 3 fois qu'il s'agissait de lésions du Ménisque interne ;

2 fois dès ouverture de l'articulation la lésion paraissait évidente, dans ces 2 cas, le Ménisque interne était déplacé :

1 fois dans l'espace intercondylien ;

1 fois sur la face cutanée du Condyle (dans ce cas il y avait désinsertion de la corne postérieure du Ménisque).

Dans l'autre cas la lésion ne paraissait pas évidente au premier examen intra-articulaire et ce n'est qu'en recherchant à la sonde cannelée la mobilité transversale du Ménisque que l'on pouvait constater sa désinsertion capsulaire périphérique.

Tous ces cas se sont terminés par l'ablation du Ménisque.

A ce propos nous signalons au chapitre des désordres du genou une observation de lésion complexe du genou caractérisée :

d'abord par une lésion Ménéiscale qui a entraîné l'ablation du Ménisque ;

Puis, au cours d'une réintervention pour Hydarthrose récidivante (6 mois après la première intervention) nous avons eu la surprise de constater la luxation du même Ménisque régénéré, là où il avait été enlevé l'année précédente.

II. — DÉSORDRES DU GENOU

Ce chapitre des désordres internes du genou, déterminant à plus ou moins longue échéance une Hydarthrose essentielle est bien le chapitre qui doit le plus largement bénéficier de l'incision exploratrice du genou,

tant les renseignements fournis par l'examen clinique sont souvent flous, atypiques, difficiles à interpréter,

tant les découvertes faites par l'arthrotomie sont variables et souvent même surprenantes.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que les signes sont frustes, trompeurs ; que même les cliniciens les plus avertis peuvent être induits en erreur. Et à ce propos, en présence de ces lésions frustes, nous ne saurions trop insister sur l'évolution de l'attitude des chirurgiens en présence de pareils cas :

Naguère encore on ne parlait que de l'erreur qui consistait à croire à une arthrite tuberculeuse, alors qu'il s'agissait en réalité d'une lésion méniscale.

Aujourd'hui, on voit souvent l'erreur inverse et Monsieur le Professeur SORREL le disait très nettement au 3^e Congrès International de Chirurgie Orthopédique en 1936.

« C'est une erreur d'ailleurs de conséquences moins graves que l'autre puisque, dans ces cas, l'inter-

« vention qui est la plupart du temps sans danger
« et n'aggrave pas l'évolution de la tuberculose,
« permet rapidement de rectifier le diagnostic. Au
« cas où la Synoviale paraîtrait suspecte, prélever
« un fragment pour faire l'examen histologique et
« et l'inoculation. »

Les 2 cas de désordres du genou que nous rapportons et qui se présentaient comme des Hydarthroses essentielles ne pouvaient être précisés au point de vue histologique que par l'Arthrotomie exploratrice.

Dans l'un, il s'agissait d'une désinsertion du ligament croisé antérieur, lésion qui ne déterminait à l'examen clinique aucun mouvement anormal (tiroir ou latéralité),

Dans l'autre cas il s'agissait de cette observation que nous mentionnons plus haut et dans laquelle il y eut récédive de luxation méniscale sur un ménisque enlevé et régénéré 6 mois après son ablation première. Cette lésion méniscale d'ailleurs s'accompagnait de lésions très nettes d'Ostéochondrite disséquante.

III. — ARTHRITES CHRONIQUES

Nous avons relevé 4 cas d'Hydarthroses du genou liées à des lésions d'Arthrite chronique.

Dans ces 4 cas les malades ont été conduits à l'intervention chirurgicale en raison de la tenacité de l'Hydarthrose et de l'inefficacité des diverses thé-

rapeutiques employées. Dans ces cas l'Arthrotomie a présenté plus d'un intérêt :

3 fois l'Arthrotomie a permis un diagnostic exact par la constatation de lésions macroscopiques suffisamment évocatrices par elles-mêmes :

« cartilage soulevé sur les condyles Fémoraux » ;

« altération velvétique de la surface rotulienne » ;

« la face postérieure de la rotule est végétante comme un gland recouvert de crêtes de coq »,

la Biopsie dans tous ces cas a précisé qu'il s'agissait de « lésions inflammatoires très marquées » ou d'hyperplasie synoviale légère ou très marquée. »

1 fois l'Arthrotomie large du genou a permis la constatation d'une sonorité spéciale en un point du tibia qui « sonnait sec » ; par ailleurs existait une gouttière sur le Condyle Fémoral interne correspondant à cette zone de lésion tibiale. Dans ce cas une biopsie de la synoviale avec inoculation au Cobaye permirent d'affirmer précocement le diagnostic de tuberculose du genou ; ces 2 examens ayant été tous deux rapidement positifs, alors qu'aucun signe clinique ou même radiologique n'avait permis même de soupçonner la nature tuberculeuse de cet épanchement. Cela d'ailleurs n'est pas pour nous étonner : on sait en effet que chez l'adulte les lésions du squelette sont moins destructives que chez l'enfant, qu'il n'y a pas de perte de substance et que dans bien des cas les radiographies ne révèlent rien de précis alors même que les signes cliniques sont évidents.

IV. — LÉSIONS DIVERSES

Dans cette série de 19 cas où l'Arthrotomie exploratrice du genou fut pratiquée, 8 cas de « Lésions diverses » ont été découverts. Ceci pour souligner encore la multiplicité des causes des Hydarthroses du genou et les surprises auxquelles peut donner lieu cette intervention au point de vue Étiologique.

C'est ainsi que dans 8 cas où l'intervention pour Hydarthrose fut pratiquée nous avons découvert :

1 Corps étranger articulaire ;

1 frange synoviale hyperplasique simulant un corps étranger ;

1 angiome synovial ;

1 luxation rotulienne ;

1 lésion complexe du genou.

CORPS ÉTRANGER ARTICULAIRE : De diagnostic clinique impossible, même à soupçonner tant l'anamnèse était floue (antécédents traumatiques tout à fait imprécis) et en raison d'examens cliniques et radiographiques imprécis.

Dans l'incertitude du diagnostic causal, l'intervention est décidée. On n'hésite pas malgré une arthrotomie externe négative à faire une incision interne. On enlève alors un ménisque auquel était appendu un corps étranger cartilagineux (transparent aux Rayons X). Le succès thérapeutique de ce cas fut

particulièrement brillant et les suites opératoires particulièrement rapides. En effet 6 mois après cette intervention l'opérée jouait sans aucune difficulté au tennis avec une articulation complètement « libre ».

1 FRANGE SYNOVIALE HYPERPLASIQUE SIMULANT UN CORPS ÉTRANGER : Cas particulièrement difficile au point de vue diagnostique :

car l'anamnèse ici encore était floue,

l'examen clinique peu précis,
chez un sujet ayant présenté 10 ans auparavant une fracture de Dupuytren et chez lequel il était particulièrement délicat d'établir une relation de cause à effet entre cet accident et les phénomènes qui amenaient le malade à consulter.

L'Arthrotomie exploratrice ici encore fit le diagnostic par la découverte facile d'une frange graisseuse pédiculée, infarcie, simulant un corps étranger.

1 ANGIOME SYNOVIAL DU GENOU : Se présentant tout à fait comme une Hydarthrose isolée, sans aucun antécédent traumatique, sans aucun phénomène de blocage.

C'est encore un cas de découverte opératoire d'une lésion qui ne pouvait même pas être soupçonnée cliniquement.

1 LUXATION ROTULIENNE : Dans laquelle l'histoire clinique, mal rapportée par le patient, faisait

plutôt penser à une lésion méniscale et où l'intervention chirurgicale, en éliminant à coup sûr une lésion intra-articulaire, permet de rattacher l'Hydarthrose à une luxation rotulienne et d'y remédier par un traitement adéquat.

1 CAS COMPLEXE : à antécédents syphilitiques et rhumatismaux, aucunement améliorés par l'un et l'autre traitement spécifiques. Une première arthrotomie fut pratiquée du côté gauche. Il n'y avait pas de lésions méniscales ni ligamentaire, mais une Synovectomie fut pratiquée pour Synoviale exubérante, villeuse. Puis apparition d'un épanchement du côté opposé (à droite) ; Synovectomie avec ensemençement négatif. Enfin récurrence du côté gauche trois ans après par kyste poplité.

La connaissance de tels cas nous paraît de première importance pour interpréter les Hydarthroses du genou d'apparence essentielles et traînantes.

Telles sont les différentes lésions macroscopiques découvertes par l'Arthrotomie systématique de toute Hydarthrose chronique d'apparence essentielle. A côté de ces cas (la majorité), il en est d'autres où, même l'articulation ouverte, les lésions n'ont pas paru évidentes. Dans ces cas, nous allons le voir, l'arthrotomie a permis :

3 fois de préciser par une biopsie l'Étiologie de l'épanchement, dans deux autres cas, même malgré l'examen Histologique de biopsies, le diagnostic ne peut être précisé.

Ces deux cas d'ailleurs, même dans l'incertitude où ils nous avaient laissé quant à leur pronostic, ont été suivis tous deux d'un résultat remarquable sur le mécanisme duquel nous restons encore dans l'ignorance la plus complète.

**B. — Découverte de lésions microscopiques,
causes de l'épanchement**

Si dans la plupart des cas que nous avons observés, l'Arthrotomie simple a décelé dès ouverture de l'articulation la cause de l'épanchement articulaire chronique, deux cas ne purent être élucidés au point de vue pathogénique qu'après biopsie de la synoviale ;

dans un premier cas, il s'agissait en apparence d'une Hydarthrose traumatique, mais l'anamnèse étant peu précise, on décide de faire une arthrotomie pour biopsie. Le laboratoire dans ce cas précisa qu'il s'agissait d'une synovite infectieuse banale, non tuberculeuse ;

dans un deuxième cas, les antécédents traumatiques paraissaient encore plus nets et l'examen révélait des points douloureux précis. L'ouverture de l'articulation n'ayant pas précisé la cause de l'épanchement, on eut recours à une biopsie qui permit d'éliminer la tuberculose et d'affirmer la nature banale de la Synovite causale.

Ceci nous amène à discuter des indications des

« Arthrotomies-Biopsies » et de leur valeur diagnostique dans l'interprétation de certaines Hydarthroses chroniques surtout et essentiellement des Hydarthroses tuberculeuses.

Certains auteurs ont beaucoup trop tendance à notre avis à considérer comme tuberculeuse toute Hydarthrose qui ne fait pas sa preuve. Nous admettrions volontiers une attitude diamétralement opposée à la leur et pour nous, « Une Hydarthrose qui ne fait pas sa preuve n'est sûrement pas tuberculeuse » Preuve recherchée jusque dans la biopsie de la synoviale que notre Maître Monsieur le Professeur Agrégé MOULONGUET nous a appris à pratiquer systématiquement chaque fois que le diagnostic étiologique n'apparaissait pas par la découverte d'une lésion macroscopique.

C'est en effet en ne recourant pas à des examens approfondis et en concluant trop facilement à la nature tuberculeuse de certaines Hydarthroses que l'on a pu publier des résultats « étonnants » de guérison de lésions considérées comme Hydarthroses tuberculeuses du genou, par des interventions qui étaient suivies de succès. Dans cas cas manquait seulement la preuve indiscutable de la nature tuberculeuse de l'épanchement.

Tous ceux qui ont l'occasion d'observer un grand nombre des malades soi disant atteints de Tumeurs Blanches « guéris par des moyens variés autant qu'imprévus et qui en réalité n'ont jamais eu d'atteinte tuberculeuse », savent combien ces formes d'Hydar-

throse anormales sont en réalité des Arthrites de toute autre nature que de nature tuberculeuse.

Notre Maître Monsieur le Professeur SORREL est formel sur ce point; pour lui en effet on ne peut affirmer qu'il s'agisse de tuberculose quand les examens de laboratoire sont négatifs. Chaque fois, dit-il, que des guérisons extraordinaires ont été observées, la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse faisait défaut. La biopsie est un procédé auquel nous lui avons souvent vu avoir recours tant au genou qu'aux autres articulations, en particulier à la hanche. « C'est un procédé qui n'est pas infailible, dit-il, car les examens de laboratoire comportent comme tout autre, des insuffisances et des causes d'erreur, mais on arrive souvent ainsi à un diagnostic exact qu'il aurait été impossible de faire autrement. J'ai pratiqué actuellement un nombre suffisant de ces biopsies pour affirmer qu'elles ne comportent pour le malade aucun inconvénient et qu'on peut et doit sans hésiter y avoir recours lorsque les examens cliniques et radiographiques sont insuffisants. »

Monsieur le Professeur MONDOR est de cet avis également et dans une discussion encore récente à l'Académie de Chirurgie il disait : « Je dois avouer que je fais quelque fois une Arthrotomie pour pouvoir baptiser exactement une arthrite dont la clinique ne me permet pas un diagnostic exact. J'en ai fait plus de 50. Et je leur dois des renseignements fort précieux. Par exemple, pour un malade j'avais

pu lui conseiller la résection du genou qui était jusque là proposée. »

Notre Maître Monsieur le Docteur Louis BAZY insiste aussi sur le fait que l'existence de ces tubercules réside uniquement non dans les constatations histologiques, mais bien dans la démonstration bactériologique de l'existence de B. K. et la mise en œuvre de sa virulence.

Telle est la valeur diagnostique de cette Arthrotomie exploratrice dans les Hydarthroses du genou.

Découverte fréquente de lésions macroscopiques difficiles à soupçonner cliniquement, parfois même de découverte absolument surprenante.

Découverte enfin dans certain cas de lésions microscopiques grâce à la Biopsie que nous préconisons dans tous les cas où le diagnostic macroscopique n'apparaît pas évident.

On le voit donc, l'intérêt de cette épreuve nous paraît considérable ; en effet, elle permet dans bon nombre de cas de préciser la cause des accidents et dans tous les cas que nous avons observés, non seulement elle a permis de traiter la cause de l'épanchement, mais encore elle eut d'heureux effets en elle-même dans 2 cas où le diagnostic étiologique restait imprécis, même malgré la Biopsie.

III

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE CETTE ARTHROTOMIE EXPLORATRICE

Au double intérêt qu'elle présente par la découverte de lésions macroscopiques et aussi microscopiques, l'Arthrotomie exploratrice ajoute encore et c'est sans doute là le point essentiel, un intérêt Thérapeutique considérable.

Ayant précisé la cause de l'épanchement, elle permet bien souvent de la traiter extemporanément. Dans d'autres cas, enfin où la cause de l'épanchement n'a pu être précisée, il nous a semblé qu'en elle-même l'ouverture de l'articulation ait eue une influence heureuse sur l'évolution de l'Hydarthrose.

I. — TRAITEMENT DE LA LÉSION CAUSALE

Ce traitement fut possible dans 17 cas.

3 ablations de Ménisques furent faites.

Cette ablation fut facile, nous l'avons vu ; sauf pour ce qui est de la section de la corne postérieure du Ménisque. Dans ces cas nous avons souvent dû

agrandir notre incision par la section du ligament latéral interne. Une fois (Obs. IV), il nous a semblé que pour atteindre cette portion du ménisque, nous avions grandement bénéficié de la mise du genou en genu valgum forcé.

A propos de ces interventions sur les ménisques du genou nous avons pu constater la régénération rapide d'un de ces cartilages, 6 mois après son ablation.

Et cette observation (Obs. V.) nous a paru devoir être retenue pour montrer les difficultés dans certains cas, même de symptomatologie, par ailleurs, assez typique.

— Extirpation du ligament croisé, une fois

— Curettage des zones de décollement cartilagineux et de leur revêtement, 5 fois (Obs., I, IV, V, VII, X).

— Lavage articulaire à l'éther dans deux cas de Synovite chronique (Ob. VI), (Ob. VII).

— La découverte de lésions tuberculeuses permet dans un cas le traitement chirurgical de la lésion (résection) (Obs. IX).

— Deux fois, cette arthrotomie permet l'ablation de corps étranger articulaire (Obs. XI et XII).

— Une fois un angiome synovial fut traité (Obs. XIII).

Résection de la synoviale essay, de résection, de coagulation et, enfin, exclusion de la zone cruentée avec drainage.

— Le traitement d'une luxation Rotulienne fut

pratiqué une fois (Obs. XIV) ; opération de Krogius-Lecène qui reste aux yeux de nos maîtres la meilleure thérapeutique de cette lésion rotulienne.

— Enfin, dans un cas (Obs. XV), nous dûmes avoir recours à une synovectomie presque totale, à un curetage de la face cartilagineuse de la rotule ; à l'ablation d'un Kyste Poplité, pour voir céder un épanchement particulièrement tenace.

II. — ARTHROTOMIE SIMPLE

Dans deux cas, cette simple ouverture de l'articulation fut suivie de succès (Obs. XVII et XVIII) Le mécanisme de ces succès nous paraît fort obscur. S'agit-il d'une simple vaso dilatation ou d'un mécanisme plus complexe ? Nous nous posons la question sans pouvoir encore la résoudre.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus dans 19 cas d'Hydarthrose essentielles. Cette arthrotomie, sans avoir jamais présenté aucun inconvénient pour le patient, nous a permis presque toujours de déceler la cause de l'épanchement. Dans les quelques cas où le mécanisme causal nous a échappé, nous n'avons jamais eu à regretter notre acte chirurgical ; dans tous les cas, en effet, il a eu un très heureux effet Thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Monsieur Mig... André, 27 ans, menuisier, entre le 26 octobre 1934 à l'hôpital *Tenon* pour une Hydarthrose du genou droit s'accompagnant de douleurs et de gêne fonctionnelle notable.

En février 1934, le blessé fait une chute dans un escalier et le traumatisme semble avoir porté sur la face interne du genou droit. Immédiatement après cette chute, augmentation de volume du genou et impotence fonctionnelle presque complète. Au bout de 2 jours, le blessé recommence à marcher, mais la jambe raide d'abord ; ce n'est que peu à peu que la flexion complète du genou est redevenue possible, avec cependant des alternatives d'amélioration et d'aggravation (augmentation de volume du genou surtout nette après des efforts de fatigue).

Comme autres antécédents pathologiques on note dans le passé de ce malade :

Il y a 2 ans, une pleurite.

Il y a 1, an une pneumonie double.

Examen : Le genou *droit* est notablement augmenté de volume, absolument indolore au repos ; la pression au bord interne du plateau tibial est un peu douloureuse ; de plus, à la marche le malade accuse une douleur à la face postéro-externe du genou.

Il existe un choc Rotulien des plus nets avec épaissement de la synoviale. Les mouvements de flexion du genou sont un peu limités.

L'Hyperextension est douloureuse.

L'Atrophie du Quadriceps est très notable.

Il semble que dans le territoire inguinal Droit existent des ganglions notablement plus gros que ceux du côté opposé.

La radiographie du genou ne révèle aucune altération du squelette.

Au point de vue pulmonaire : dans les deux champs d'auscultation on entend en plus de râles à la fin de l'inspiration, une diminution du murmure vésiculaire avec Matité à la percussion des 2 sommets.

La radiographie des poumons montre une grisaille à l'interlobe Gauche.

Diagnostic : Hydrops tuberculeux ?

Arthrite post-traumatique ?

Ligament croisé rompu ?

Le 4-11-34. Rachi-anesthésie.

Incision de LECÈNE. Le ménisque interne est luxé, plaqué contre la face cutanée du condyle interne. Il est attaché en avant assez fermement ; en arrière, il est complètement détaché ; la corne postérieure est arrachée au niveau de son attache ligamentaire, le ménisque déchiqueté ressemblait à une frange chondrifiée.

OBSERVATION II

Monsieur Klab... François, âgé de 30 ans entre salle Maurice Reynaud à l'hôpital Tenon, le 16 juillet 1930 pour une impotence fonctionnelle nette du genou Droit avec Hydarthrose.

Le matin même, en se relevant d'une position accroupie,

le blessé constate une impossibilité d'étendre la jambe droite sur la cuisse, dont la persistance le décide à se faire hospitaliser.

Déjà, la veille de cet accident, au réveil, le blessé qui dormait la jambe droite demie fléchi-sous lui essaye d'étendre sa jambe, perçoit un léger craquement et se trouve dans l'impossibilité d'obtenir l'extension complète.

A l'entrée du blessé à l'hôpital, on constate un blocage net du genou droit avec Hydarthrose manifeste.

Il existe une légère adénopathie inguinale droite, pas d'atrophie musculaire, mais un point douloureux tibial interne qui sans être très précis n'en est pas moins retrouvé à plusieurs examens successifs.

Il s'agit d'un homme de constitution robuste dans les antécédents duquel on ne note aucun fait saillant sauf peut-être une poussée du Rhumatisme articulaire aigu, alors qu'il avait 14 ans.

Une extension continue est installée.

En somme, histoire tout à fait fruste, et, n'était le blocage constaté et l'absence de toute étiologie infectieuse on ne penserait pas à un Ménisque (mais c'est le deuxième cas de ce genre en quelques mois et on opère).

Le 23-7-30. Ether.

Arthrotomie, légère Hydarthrose ; le ménisque est paramédian et, glissant une pince en dehors de lui, on l'amène à être tout à fait médian. Il est entier, désinséré de son attache capsulaire externe. Section en avant de l'attache qui est normale, section en arrière le plus loin possible. Ce n'est pas à l'insertion postérieure cependant : Deux plans de catguts + Crins en 8.

OBSERVATION III

Monsieur Jean Barb... âgé de 24 ans entre, salle M. Reynaud à l'hôpital Tenon, pour douleurs dans le genou Droit.

Le début de l'affection remonte au 14 mars dernier ; en sortant du Métro le blessé fait un faux pas sur le pavé glissant et tombe le genou Droit portant sur le bord du trottoir ; il se relève facilement malgré une douleur assez vive et perçoit un craquement à l'intérieur de son articulation.

Malgré une douleur qui le force à une légère boiterie et qui est bien calmée par le repos au lit, ce blessé continue ses fonctions de garçon pâtissier. Au bout de 4 à 5 jours la douleur a complètement disparu et pendant 3 semaines environ le blessé se croit complètement guéri.

Le 14 avril au matin, à son lever en voulant poser la jambe à terre le blessé fait une glissade et tombe à genoux ; en voulant se redresser, il ressent une douleur assez vive au genou et perçoit un craquement dans son articulation. La jambe est demi-fléchie et ce n'est qu'en forçant que le blessé parvient à l'extension complète, manœuvre très douloureuse, qui oblige le blessé à garder la jambe légèrement fléchie.

Malgré cette position défectueuse et une douleur très vive du côté interne du genou le blessé parvient à descendre les escaliers en « peinant » et en marchant sur la pointe du pied droit ; il se rend à son travail en taxi et souffre beaucoup toute la matinée. Ce n'est que dans l'après-midi, vers 2 heures que le blessé va consulter le Docteur MARÉCHAL qui l'adresse au Docteur MOULONGUET le 14 avril.

Antécédents du sujet : Pas d'antécédents tuberculeux ni syphilitiques. Aurait fait « du rhumatisme intercostal » à l'âge de 6 ans.

Examen : Hydarthrose nette du genou droit.

Mouvement de flexion et d'extension provoqués, actifs et passifs, très libres.

Douleur provoquée au niveau et plutôt en dedans de l'interligne articulaire, légèrement en dessous de lui. Cette douleur est assez vive et sera retrouvée à tous les examens successifs.

Légère adénopathie inguinale droite.

Atrophie musculaire du côté droit : 2 centimètres.

Un traitement salicylé intense institué dans le service n'a eu aucun effet. La ponction du genou a révélé l'existence d'un liquide clair qui s'est reproduit dès le lendemain.

Opération le 28 avril. — Ether.

Incision de Lecène. Le ménisque interne apparaît anormal à son extrémité antérieure, on le suit, il est « en anse de seau » typique.

Les 2/3 internes sont exactement entre les surfaces de contact des os (fémur et tibia), le 1/3 externe reste attaché à la capsule. En mettant le genou en valgum on peut inciser au bistouri assez loin entre les surfaces pour couper le ménisque bien en arrière. Suture au catgut. Attelle de Bœckel.

OBSERVATION IV

Madame Mart... Léontine, est adressée au Dr MOULONGUET par le Dr MARÉCHAL pour une Hydarthrose du genou droit dont le début remonte à une année environ (début 1935).

C'est brusquement que l'affection a débuté. Une nuit, la malade a ressenti des douleurs extrêmement vives dans son genou et le lendemain elle a constaté l'existence d'une Hydarthrose. Le traitement appliqué, massage et repos ont fait régresser l'épanchement en un peu plus de trois mois.

Mais depuis cet accident initial, la malade a toujours ressenti comme des fourmillements dans le genou et la jambe la contraignant à changer souvent la position de son membre la contraignant à changer souvent la position de son membre inférieur.

Enfin, il y a quelques semaines (trois) la malade en montant une marche à fait une chute en adduction et rotation interne, lui semble-t-il ; malgré de violentes douleurs la malade parvint cependant à se relever. Une heure et demie environ après l'accident, le genou avait repris son augmentation de volume des semaines précédentes.

Examen : Gros genou d'hydrarthrose avec disparition des saillies et des méplats. Tuméfaction visible et surtout palpable des culs-de-sacs synoviaux (latéro-rotuliens, surtout). Choc rotulien très net. Pas d'atrophie musculaire, pas d'adénopathie inguinale ni retro-crurale. Creux poplité souple.

Radiographiquement : quelques altérations d'arthrite chronique.

Le diagnostic porté est traumatisme du ménisque interne. L'indication opératoire en découle.

Le 26-6-1936. — *Schleich*. Opérateur : BECHET.

1^o Incision de Lecène ; ménisque interne sain. Le ligament croisé antérieur paraît altéré.

2^o Prolongement de cette incision à la Gernez (elle est un peu courte, néanmoins la luxation rotulienne est possible). Il y a 3 plages d'altérations cartilagineuses ; trochlée fémorale, condyle interne, Rotule (en regard de la Trochlée). Ce sont des altérations « velvétiques » et décollement. Curettage appuyé de ces 3 zones. Le ligament croisé antérieur est déchiré à son extrémité fémorale. Il est extirpé aussi complètement que possible ; à noter l'Hyperplasie synoviale et un aspect cartilagineux de la synoviale au-dessous de la rotule. Biopsie. Plâtre.

Résultats des examens biopsiques :

1^o Fragment au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital : « Tissu collagène dense sans aspect cartilagineux manifeste. « A cet endroit l'endothélium est mince et d'aspect normal.

2^o Fragment prélevé sur les parties latérales de la synoviale. « Endothélium légèrement hyperplasique et paraissant en certains points contenir des inclusions qu'on ne peut pas identifier mais qui ne paraissent pas être de l'os ».

Suites opératoires : Excellentes. En mars 1937 des nouvelles sont données par son fils. Marche parfaite, aucune douleur, a repris son travail : Très bon résultat.

OBSERVATION V

Madame Duf..., née Mor..., âgée de 26 ans, entre le 20 juillet 1934 à l'hôpital *Tenon* pour une Hydarthrose du genou.

Elle est tombée il y a un mois mais à pu continuer à marcher aussitôt après ; la force de l'articulation paraissant normale. Mais il y a une huitaine de jours, à son réveil, en se retournant dans son lit, elle ressentit une douleur violente dans le genou avec sensation de craquement. Immédiatement après, augmentation de volume du genou, impossibilité d'obtenir l'extension complète de la jambe sur la cuisse, impossibilité de marcher.

Examen : Tuméfaction importante de l'articulation sans modification des téguments, sans circulation collatérale. A la palpation, existence d'un choc rotulien très net ; quelques mouvements de latéralité mais qui existent également du côté sain. Existence d'un point douloureux très net au ménisque externe. Pas d'adénopathie inguinale ni rétro-crurale ni poplitée. Un peu d'hypotonie musculaire du côté atteint sans atrophie.

Ponction du genou : Liquide citrin dont l'examen microscopique a montré : « Présence de lymphocytes ; absence de Polynucléaires, absence de microbes ».

Il y a pendant plusieurs jours une impossibilité de l'extension complète, véritable blocage. Puis il cède spontanément.

Diagnostic : Rupture du ménisque interne (à cause de l'accident survenu la nuit au lit et du blocage qui en est résulté).

Opération : le 30 juillet 1934.

Incision transversale ; ménisque en anse de seau très net avec fragment capsulaire très étroit ; presque tout le ménisque est désinséré. Fermeture au catgut et crins.

Six mois après cette intervention la malade présente à nouveau des accidents absolument comparables à ceux qui avaient motivé l'acte opératoire. Flexion brusque du genou et impossibilité d'étendre la jambe, le tout cédant spontanément. Ces accidents légers au début durant 2 à 3 jours et étant très espacés se rapprochent progressivement et depuis le début d'octobre le blocage du genou se reproduit tous les 5 à 6 jours obligeant la malade à s'aliter presque continuellement. Une poussée d'hydarthrose accompagne chaque blocage. Dans l'intervalle de ces accidents aigus le genou n'est ni gros ni douloureux.

Examen : Hydarthrose nette avec choc rotulien, point douloureux en dedans.

Diagnostic : Ménisque externe ? Ablation très incomplète du ménisque interne en arrière ?

Opération : le 30 octobre 1935. Ether. — Jambe pendante. On repasse par l'ancienne incision d'arthrotomie interne ; il y a un épanchement un peu trouble avec grumeaux dont on fait un prélèvement (petit fragment de cartilage). On voit alors une zone d'exfoliation cartilagineuse tout à fait comme de l'Ostéochondrite disséquante, mais plus superficielle ; elle est curettée minutieusement. Le ligament

adipeux est œdémateux rouge ; on aperçoit alors dans le fond un fragment de tissu ressemblant à un bord de ménisque. Il est impossible de l'aborder sans sectionner le ligament latéral interne. Il s'agit du ménisque interne refait et désinséré ; on le sectionne jusqu'à son 1/4 postérieur en arrière. Réfection du ligament latéral interne au fil de lin et de la capsule.

Revue le 11-8-36. — Mêmes accidents de syncope articulaire. Quelques mouvements de latéralité. Massages, genouillère.

Radio : Arthrite chronique ; un corps étranger nouveau.

Ce 4-12-37. — *Schleich*. : longue incision interne. Un corps étranger, blanc nacré est enlevé. L'articulation est bien, il n'y a pas d'aggravation apparente des lésions ; pas d'altération velvétique des cartilages. Ligament graisseux en bon état. Synoviale normale.

Réfection en 3 plans, catgut ; lin ; crins ; plâtre.

OBSERVATION VI

Monsieur Mous..., 53 ans, entre à l'hôpital *Tenon*, le 4 septembre 1937, pour une Hydarthrose du genou droit apparue insidieusement quelques semaines auparavant mais dont la ténacité et la gêne qu'elle détermine décident le malade à se faire hospitaliser.

Cette Hydarthrose réalise le type de l'Hydarthrose essentielle sans aucun signe surajouté à l'épanchement :

Pas de limitation des mouvements.

atrophie musculaire nette : plus de 3 centimètres,

pas d'adénopathie inguinale où rétro-crurale,

pas de point douloureux net.

Un examen radiographique du genou ne révèle aucune modification du squelette.

Un B.-W. dans le sang est négatif.

On fait une ponction du genou qui ramène un liquide citrin dont l'inoculation au cobaye ne donne aucun résultat.

Malgré des essais de compression par bandes, aucun résultat n'est obtenu et le malade quitte le service sur sa demande le 15 octobre avec un léger épanchement persistant.

Le malade entre à nouveau dans le service le 29 octobre pour une Hydarthrose de plus en plus abondante. L'intervention décidée est acceptée par le malade.

Le 2-11-37. Rachi-anesthésie. Opérateur : DERIEUX.

Incision latérale interne ;

Ménisque interne intact. Il semble qu'il s'agisse d'une arthrite déformante ; altération velvétique de la surface rotulienne. Synoviale très rouge. Biopsie. Lavage à l'éther. Suture de la capsule au fil de lin. Immobilisation sur une attelle de Bœckel.

L'examen histologique du fragment de synoviale fut pratiqué par le Dr GASNE ; lésions inflammatoires très marquées en surface de la synoviale.

Les suites opératoires parfaitement normales furent simplement entrecoupées d'une crise hépatique douloureuse qui ne se produisit qu'une seule fois.

Le 22-12-37. Le malade quitte le service ; l'hydarthrose ne s'est pas reproduite.

Le 8-2-38. Le malade marche bien mais présente un peu de fatigue à la marche. La synoviale est sèche mais les culs-de-sacs sont un peu œdématiés et perceptibles. Il n'existe plus de trace d'atrophie musculaire.

Le 15-4-38. Excellent état physique et fonctionnel.

OBSERVATION VII

Monsieur Pr... Émile, âgé de 48 ans, entre dans le service du Dr GERNEZ à l'hôpital *Tenon*, pour une Hydarthrose du genou droit.

Antécédents : Le 2 février 1929 le malade poussé, avait fait une chute sur la jambe droite qui s'est trouvée en flexion et au-dessous de l'autre jambe. A ce moment le blessé ressentit un craquement et une douleur extrêmement vive dans le genou droit. Il essaye de se relever mais en vain, Immédiatement après la chute, tuméfaction du genou. Le blessé reste alité jusqu'au 18 février ; il essaye de marcher, mais tout mouvement lui réveille une douleur vive à la face antérieure de l'articulation dans les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse ; douleur vive au creux poplité dans les mouvements de flexion du genou. Tous les mouvements de l'articulation s'accompagnent de craquement.

Jusqu'en mai, persistance des mêmes phénomènes, malgré massages et pointes de feu.

Au mois de mai, le blessé recommence à marcher, mais avec difficultés, car la flexion de la jambe produit toujours une douleur vive au creux poplité. Progressivement cependant, la marche devient de plus en plus facile. Au début du mois de juin, le genou étant toujours tuméfié, une ponction évacuatrice est effectuée qui soulage admirablement le blessé ; depuis, il souffre moins qu'auparavant.

Pendant toute la durée du mois de mai, au cours des efforts de marche qu'il a fait, a présenté une dizaine de fois, de véritables syncopes articulaires, mais sans blocage consécutif ; quand il s'appuyait sur le pied droit, se sentant sans force, il tombait.

Examen : Aucune modification des téguments du genou qui est très augmenté de volume ; à la palpation, il existe un choc rotulien net, avec une expansion liquidienne marquée vers la région inférieure de la cuisse. A la palpation du genou on trouve un certain nombre de points douloureux situés :

au niveau de la tubérosité antérieure du tibia.

au niveau du bord externe du plateau tibial droit.

au niveau de la région postérieure des deux plateaux tibiaux.

peut-être existe-t-il un léger gonflement au bord interne de l'interligne articulaire ?

Il n'y a pas de mouvements de latéralité.

La flexion est douloureuse, limitée, produisant des craquements dans la bourse séreuse prérotulienne où on sent des corps étrangers de bursite chronique.

L'examen radiographique ne montre aucune image anormale.

Le diagnostic de bursite est certain et celui de dérangement interne du genou non moins certain puisqu'il y a une Hydarthrose et des signes fonctionnels nets.

Intervention, le 25 juin. Éther.

Grande incision latéro-rotulienne interne ; on suit le vaste interne en dedans ; la rotule peut être luxée mais non retournée complètement.

Articulation un peu rouge, synoviale épaissie.

1° Le ménisque interne est relâché au niveau de son insertion antérieure ; il semble avoir été désinséré ; en effet, entre lui et le ligament croisé antérieur, il y a un effilochage du revêtement synovial comme d'une étoffe déchirée. Ablation du ménisque interne (sauf corne postérieure).

2° La face postérieure de la rotule est non pas lisse, mais végétante comme « un gland recouvert de crête de coq ». Curettage rigoureux de la rotule jusqu'au contact osseux en certains points (pas d'histologie possible). Suture aux catguts et crins perdus en certains points.

Incision transversale arciforme, dissection de la bourse séreuse prérotulienne où sont des corps fibreux pédiculés. Plâtre.

OBSERVATION VIII

Monsieur Der... André, 34 ans, entre à l'hôpital *Tenon* salle Maurice REYNAUD, le 26 janvier 1936 pour une Hydarthrose du genou gauche dont le début remonte à la fin du mois de novembre 1935.

Le blessé dit que c'est à la suite d'un effort qu'est survenu ce gonflement de l'articulation, avec gêne fonctionnelle du genou ; douleur à la marche et à la fatigue.

Ces différents phénomènes ont nécessité l'hospitalisation du blessé 2 fois à l'hôpital Saint-Louis où une ponction du genou fut pratiquée. Le liquide n'avait pas tuberculisé le Cobaye.

Depuis cet accident initial, les phénomènes n'ont pas cessé de s'accroître :

Gêne et douleur très marquées, atrophie musculaire à la cuisse, altération de l'état général avec asthénie et fatigue générale.

Jamais, dans l'histoire de ce blessé on ne note de phénomène de blocage.

Examen : Tuméfaction notable du genou.

Pas d'épaississement de la synoviale.

Douleur à la pression sur le pourtour de la rotule, pas d'autres points douloureux nets.

Limitation de tous les mouvements du genou, mais surtout des mouvements de flexion de l'articulation.

Pas d'Adénopathie inguinale ni rétro-rurale.

Le creux poplité est normal.

Le choc rotulien, léger mais net.

L'examen radiographique du genou ne montre aucune altération du squelette.

Antécédents : Il y a 10 ans accident d'automobile grave ayant entraîné une fracture de la jambe droite et un traumatisme important de la jambe gauche.

Blennorrhagie il y a 10 ans avec rechute il y a an.

Devant l'histoire de ce malade et en présence de ce tableau clinique, le diagnostic reste incertain avec présomptions de lésions méniscales.

Intervention, le 29-1-36 : Arthrotomie interne agrandie secondairement à la Gernez, mais sans faire cependant le retournement rotulien.

La synoviale est épaissie et rouge ; il y a du « lipping » très net au niveau de la Trochlée fémorale. Pas de grosses lésions cartilagineuses rotuliennes.

Ligaments croisés normaux.

Ménisques : *idem*. Biopsie de la synoviale.

Suture de la synoviale au catgut, de la capsule au fil de lin.

Attelle de Bœckel.

En somme, simple arthrotomie.

L'examen histologique de la synoviale a révélé (D^{rs} Moulonquet et Gasne) :

- absence de débris osseux et de lésions suspectes ;
- hyperplasie synoviale légère.

OBSERVATION IX

Monsieur Zan... Albert âgé de 24 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 21 novembre 1934 pour une Hydrathrose du genou droit.

Antécédents : malade qui a eu en mai 1930 un accident de la voie publique ; l'extrémité inférieure de sa cuisse droite fut coincée entre un camion et une voiture. Pas de fracture du fémur, simple contusion musculaire. Le blessé a pu marcher 8 jours après son accident qui avait déterminé une réaction importante du genou droit sous forme d'un gonflement assez considérable. Après applications locales de pointes de feu et pansement compressif, le blessé peut re-

prendre son travail malgré une légère gêne persistante à la marche.

Il y a 2 mois en juin 1934 ; poussée aiguë au genou sous forme de tuméfaction et d'impossibilité complète de marcher pendant quelques semaines ; puis nouvelle poussée qui amène le malade à l'hôpital.

Examen : Genou globuleux tuméfié, hydarthrose nette, mais sous faible tension.

Atrophie musculaire considérable.

Adénopathie inguinale et iliaque interne nette.

Pas de points douloureux articulaires.

L'examen radiographique de l'articulation ne montre rien d'anormal.

Le diagnostic clinique étant très hésitant entre lésion méniscale et tuberculose du genou, on intervient afin de voir les lésions macroscopiques et au besoin de pratiquer une biopsie.

Intervention le 25 novembre 1934. Schleich.

Arthrotomie interne, gros épanchement, synoviale épaisse ; elle est très distendue en haut, un clamp s'y enfonce profondément. Le ménisque interne lâche, facile à luxer, quand on tire la capsule, n'est pas lésé. Il y a des franges synoviales très grosses au niveau du ligament adipeux. Mais ce qui paraît plus notable c'est :

— un son d'os sec sur le tibia (plateau interne dans l'aire du ménisque ;

— une gouttière sur le condyle fémoral interne correspondant à cette lésion tibiale (gouttière large de 1 mm. 1/2 environ) encore partout cartilagineuse.

La rotule est intacte.

Devant ces lésions on se demande s'il s'agit là de simples lésions d'arthrite traumatique et l'on fait une biopsie de la synoviale.

Suture en 3 plans. Soie. Plâtre.

Le fragment prélevé fut divisé en 2 morceaux :

1° Un fragment fut examiné histologiquement (M^{lle} GASNE), « réaction endothéliale hyperplasique inflammatoire ; on ne voit aucun débris osseux, mais dans les villosités synoviales par endroits on aperçoit des amas colorés en rouge qui semblent être des débris de corps étranger, mais ne peuvent être identifiés.

2° Un fragment de synoviale broyée fut inoculé au cobaye le 25 août 1934 :

Le cobaye semble bien portant et n'a pas de ganglions jusqu'en novembre. On le sacrifie le 2 décembre, présence de gros ganglions inguinaux et mésentériques ; présence également de ganglions pulmonaires ;

Présence de granulations tuberculeuses typiques sur le foie et la rate.

Le diagnostic de tuberculose dans ce cas ne put être affirmé que par l'inoculation au cobaye de fragment de synoviale. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé ultérieurement, cliniquement et radiographiquement.

OBSERVATION X

Madame Dub..., âgée de 60 ans, entre à l'hôpital *Tenon*, le 1^{er} juin 1930, pour troubles fonctionnels du genou droit.

Le début remonte à 2 ans ; à ce moment la malade fait une chute en glissant et tombe sur la jambe droite fléchie. Elle est restée alors un moment impotente, 10 minutes dit-elle, puis a pu se relever.

Sa jambe n'était pas bloquée. Il y eut seulement hydarthrose : douleur et limitation de la flexion du genou. Après 3 semaines de repos il ne restait plus rien d'apparent et la malade était bien portante jusqu'au début de 1929. A ce moment une nouvelle chute s'est produite avec mêmes phénomènes ; douleurs, hydarthrose, limitation des mouvements.

Dès lors ces accidents se reproduisent à des étapes de plus en plus rapprochées pour des traumatismes de moins en moins violents obligeant la malade à se reposer. Enfin, au cours même de la marche la malade, signale qu'elle était prise par instants de douleurs subites, l'immobilisant sur place quelques instants, accompagnées d'augmentation de volume du genou. Ces accidents qu'il est difficile de faire préciser par la malade comme étant de véritables accidents de blocage, sont suivis de limitation des mouvements.

Par la suite ces accidents sont tellement fréquents qu'ils empêchent la malade de vaquer à ses occupations : elle redoute de sortir dans la rue de peur d'accidents répétés.

Examen : Gros genou : tous les mouvements passifs sont possibles.

Pas de mouvements de tiroirs, pas de mouvements de latéralité.

Atrophie musculaire importante.

Pas d'adénopathie inguinale ni rétrocrurale.

A la radiographie du genou pas de corps étranger visible. D'après l'histoire clinique de la malade on fait le diagnostic de luxation méniscale.

Opération le 2 juin 1930. Schleich.

Incision latérale interne agrandie à la Gernez.

Le ménisque interne est sain, peut-être un peu mobile ; mais il existe une déchirure par effilochage du ligament croisé antérieur et des lésions d'arthrite sèche sur le fémur.

L'articulation largement ouverte et la rotule luxée, mais non retournée, on voit le ménisque externe sain. On curette alors les deux plages de cartilage soulevées sur les condyles fémoraux de façon à mettre l'os à nu. Il en résulte deux pertes de substance comme une pièce de 50 centimes sur les rebords trochléens. On ébarbe les fils dilacérés du ligament croisé antérieur qui n'est pas réparable.

Suture en trois plans après biopsie de la synoviale.

Plâtre. Suites très simples et apyrétiques.

Résultat : Excellent, mobilité parfaite, genou mobile.

A l'examen histologique de la synoviale (D^r GASNE).
« Hyperplasie considérable de la synoviale sans éléments
« inflammatoires notables. »

OBSERVATION XI

Madame Der...

9 mai 1932 : vient consulter le D^r MOULONGUET pour une Hydarthrose du genou gauche.

Il y a 3 ans, chute sur une pierre ; épanchement du genou gauche.

Il y a 18 mois, faux mouvement au tennis : Hydarthrose consécutive ; depuis lors elle est prise quelquefois en se mettant à genoux d'une douleur dans le genou comparable à la piqure d'une épingle. Récemment, à la suite d'un mouvement d'extension forcé du genou au lit, douleur et le lendemain entorse du genou avec Hydarthrose qui dure depuis. Jamais de blocage.

Examen : négatif ; on ne sent rien au genou ; pas de ganglions ; légère atrophie musculaire ; pas de limitation des mouvements ; pas d'adénopathie. Radio : négative.

Traitement : Massages, air chaud. Médication soufrée et iodée.

14 juin 1932 : Va mieux, mais encore quelques « syncopes » articulaires quand elle se redresse brusquement.

Genou sec. Aucun mouvement de laxité. Atrophie musculaire : 2 centimètres.

Nouvelles radiographies négatives.

Traitement : Massages.

11 mars 1933 : Petites douleurs rhumatismales. Faux mouvements. Suites douloureuses de quelques jours. Mais depuis lors, elle a des syncopes sans blocage, suivies d'Hydarthroses. Elle ne peut pas descendre les escaliers sur la jambe gauche.

Point douloureux externe à l'interligne ; grosse Hydarthrose. La décision opératoire est prise ; Arthrotomie à faire.

22 mai 1933 : S'est « accrochée » plusieurs fois toujours en fléchissant et il en résulte un gonflement le lendemain.

Radiographie : négative.

22 juin 1933 : Arthrotomie exploratrice externe ; on ne voit rien.

Incision interne : *idem*.

On ferme cette incision en trois plans. On revient à l'incision externe ; il y a un bord ostéophytique à la trochlée du Condyle externe. Le ménisque à l'air normal, mais craignant une déchirure postérieure on l'enlève ; il est sain mais sur sa corne postérieure se présente un petit corps cartilagineux transparent aux rayons X.

Fermeture. Plâtre.

Suites excellentes. Fin juillet elle fléchit à 90°. Elle marche très bien.

27 décembre 1933 : Résultat excellent ; joue au tennis. 1 cm. 1/2 d'atrophie musculaire.

OBSERVATION XII

Monsieur Coch..., âgé de 31 ans, électricien, entre le 7-2-31, salle Maurice Reynaud, pour une Hydarthrose du genou droit.

Histoire du malade : Jusqu'au 15 janvier 1931, ce malade n'avait jamais présenté aucun accident au genou droit ; à cette date, le soir au coucher il sent son genou un peu raide, la flexion difficile mais pas douloureuse.

Le lendemain 16, gonflement notable de l'articulation avec gêne marquée aux mouvements de flexion de l'articulation : le malade commence à fléchir normalement, mais brusquement il sent une résistance, l'empêchant de fléchir

plus loin. Il dit avoir senti alors à la partie interne du genou un corps arrondi qui, repoussé vers le haut, permet une flexion plus prononcée, mais non complète.

L'Hydarthrose augmente les jours suivants à tel point que pendant quelques jours la perception du corps étranger devint impossible. Le 4, l'Hydarthrose ayant partiellement diminuée le corps étranger redevient perceptible ; le 5, le blessé décide de se faire hospitaliser, se présente à la consultation et entre à l'hôpital le surlendemain.

Examen : Genou de coloration normale sans augmentation de la chaleur locale (par comparaison avec le côté opposé).

Augmentation globale de volume du genou mais constatation difficile de l'Hydarthrose.

Après une longue recherche on peut palper le corps étranger, palpation difficile du fait de la mobilité de ce corps étranger.

Mais le genou étant en demi-flexion on perçoit un corps oblong à grand axe vertical situé à la partie antéro-interne du genou, paraissant de consistance ferme mais non dure. D'ailleurs aux dires du malade il aurait eu l'impression au début que la dureté de ce corps étranger était beaucoup plus ferme lors de sa première constatation.

L'examen local du genou ne révèle aucun point douloureux précis. On ne perçoit pas de fongosités. Au creux poplité, la palpation gênée par l'adiposité du malade ne décèle rien d'anormal pas plus qu'au niveau du pré-inguinal, ni rétro-crural. Aucun ganglion. L'examen radiographique ne révèle aucune altération du squelette ; le corps étranger est invisible.

Antécédents : En 1920, fracture de Dupuytren à la jambe droite à la suite d'un coup de pied. Depuis cette fracture le blessé dit ressentir fréquemment de la fatigue à cette jambe, avec parfois œdème malléolaire le soir.

Y a-t-il une relation entre cet accident et l'Hydarthrose présentée actuellement par ce blessé ?

Le 11 février. Schleich (mauvaise anesthésie chez un obèse). Arthrotomie (Lecène).

« Tout de suite on trouve une frange pédiculée grosse « comme un gros haricot, peut-être un peu violacée (pédicule « tordu). Ablation Synoviale un peu épaisse légèrement « frangée vers le paquet adipeux (petite résection) ménisque « interne sain. Sutures crins perdus. »

Examen histologique : « Frange graisseuse un peu infacie. Plages sanguines avec résorption des noyaux qui sont « à peine visibles. Pigments hématiques assez abondants » (Dr L. GASNE).

OBSERVATION XIII

Monsieur Gentil..., âgé de 22 ans, manœuvre ; entre le 11 octobre 1930, salle Maurice Reynaud, pour une Hydarthrose du genou gauche.

Le début de cette affection remonte à 7 ans, à cette période, subitement, sans aucun traumatisme, sans aucune cause apparente, le genou s'est mis à augmenter de volume. Augmentation de volume absolument indolore et ne gênant le malade dans sa marche que par suite de son volume assez considérable. La durée de cette première poussée d'Hydarthrose fut de 4 à 5 jours. Depuis, le malade voit se répéter presque tous les ans à la même époque des phénomènes analogues qui régressent sans laisser de traces. Tout au plus dans le courant de l'année le malade accuse-t-il quelques phénomènes douloureux dans le genou et dans le coup de pied.

En somme, aucune symptomatologie fonctionnelle nette ; indolence absolue de cette Hydarthrose : gêne fonctionnelle insignifiante.

Examen : Articulation tendue à l'extrême, puis très vite sèche. Absolument normale ; pas de mouvements anormaux, pas d'épaississement synovial, pas de réaction gan-

glionnaire ; par contre, existe une atrophie musculaire notable. Il n'a pas été fait de ponction ; le liquide s'étant résorbé très vite.

L'examen radiographique du genou ne révèle aucune altération du squelette.

Devant cette Hydarthrose isolée, sans aucun antécédent traumatique même minime, sans aucun phénomène de blocage, on décide d'intervenir chirurgicalement.

Opération le 18 octobre — Éther.

Arthrotomie interne, dès l'ouverture de l'articulation, grosse hémorragie, il faut mettre une demi-douzaine de pinces pour en venir à bout. Quand on ouvre l'articulation plus largement, il coule du sang en très grande abondance ; est-ce du sang contenu ou le saignement des tranches synoviales ? C'est difficile à dire ; toute l'opération s'est passée dans le sang. Ménisque interne un peu ballant mais sain. Synoviale rouge avec quelques végétations polypeuses. Paquet adipeux rétro-tendineux gros.

Le cul-de-sac synovial est incisé plus haut pour une bonne inspection et le vaste interne légèrement décollé. On voit alors sur le condyle interne du fémur des paquets veineux violets flexueux et turgescents qu'on aplatit facilement mais qui se regonflent tout de suite. Il s'agit d'un angiome.

Résection de la synoviale qui revêt la face interne du condyle interne. Hémorragie peu importante, mais très difficile à arrêter. L'angiome existe aussi bien sur le périoste mis à nu et saigne malgré les pinces difficiles à placer. Essai de Thermo, d'électro-coagulation = 0. Essai de frapper l'os avec un marteau = 0. Pour finir, exclusion autant que l'on peut de cette zone dépourvue de synoviale ; en surjetant les bords de la synoviale fémorale avec celle de la paroi articulaire et latéro-rotulienne, puis latéro-tibiale. Drain sur la zone cruentée. Pansement compressif. Radiothérapie : D^r MALLET.

Examen histologique : Épaississement de la synoviale.

Dans un coin de la coupe on aperçoit de larges vaisseaux à contours irréguliers bordés par plusieurs couches de cellules endothéliales.

Longtemps, le genou est resté très raide ; mais revu après plusieurs mois avec un résultat parfait.

OBSERVATION XIV

Monsieur Lef..., âgé de 45 ans, vient consulter le Dr Moulonguet, le 10 novembre 1937, pour une Hydarthrose du genou gauche.

Le début des accidents remonte en 1918 où à la suite d'une chute il se fait une entorse du genou.

Depuis lors il a plusieurs entorses, 2 à 3, à ce genou et des luxations rotuliennes. En raison des phénomènes de syncope articulaire on pense à la possibilité de la lésion méniscale.

Examen : l'examen révèle l'existence d'une grosse hydarthrose molle avec une atrophie musculaire importante. Le reste de l'examen est entièrement négatif. La radiographie des genoux ne montre rien d'anormal.

Le 14 décembre 1937 : anesthésie rachidienne excellente.

Incision de Gernez interne, luxation de la rotule ; grosse hydarthrose, synoviale rouge, épaisse, tomenteuse ; les ménisques sont intacts, mais derrière l'insertion antérieure de l'externe, ligament effiloché qui est réséqué aux ciseaux courbes. Les croisés sont intacts.

Il apparaît donc que la lésion initiale est la luxation rotulienne (qui est d'ailleurs facile à reproduire). Donc, Krogius Lecène. Suture aponévrotique au lin. Plâtre Suites excellentes.

Le 13 mai 1938 : le malade est très content ; il n'a plus d'hydarthrose. La rotule tient ferme et le faisceau transplanté se contracte sûrement. Mais il y a de l'atrophie musculaire résiduelle.

OBSERVATION XV

Monsieur Fav... Claude, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital *Tenon*, le 4 octobre 1935, pour une hydarthrose du genou gauche avec douleurs dans cette articulation.

Le début de ces accidents est assez ancien.

Il y a 10 ans, en 1925, crise de rhumatisme articulaire subaiguë, généralisée aux jambes et aux bras. Traitée par du salicylate de soude, elle dure environ 3 mois, très peu fébrile n'arrêtant le malade dans son travail que par moments. Puis la crise semble se localiser au genou dont le malade se plaint depuis cette première crise. Il souffre au moins 3 mois par an de son genou gauche qui présente des poussées d'hydarthrose à ces moments-là ; mais jamais ces crises ne sont violentes au point d'arrêter le malade dans son travail.

En 1925, il consulte son médecin ; un B.-W. est pratiqué : négatif.

En 1927 nouveau B.-W. également négatif. On lui suppose une syphilis sur la vue d'une cicatrice siégeant au niveau du 1/3 supérieur de la face antéro-externe de la jambe droite. Le médecin consulté à cette période aurait découvert alors une Aortite Syphilitique jamais retrouvée depuis.

En 1929, nouvelle crise légère étiquetée rhumatisme, au cours de laquelle il présente une paralysie légère des doigts de la main droite. Paralysie des fléchisseurs (?).

Traitement : Salicylate de soude.

En 1931, comme il souffre toujours de son genou gauche, douleur légère à la marche, parfois sensation de faiblesse dans la jambe, il vient consulter à Tenon où après réactivation, on pratique un B.-W. qui se montre à nouveau négatif. Une radiographie de l'Aorte infirme le diagnostic précédemment posé d'Aortite.

A partir de 1932, il souffre de plus en plus de son genou gauche.

En 1934, deux radiographies du genou ne montrent absolument rien d'anormal. Un traitement anti-syphilitique institué à ce moment n'amène aucune amélioration.

C'est l'accentuation des phénomènes douloureux et la persistance de l'Hydarthrose du genou qui décident le malade à se faire hospitaliser à *Tenon* le 4 octobre 1935.

En résumé : Ce malade après une première crise à type de rhumatisme articulaire subaigu s'est mis à souffrir de son genou gauche à la marche, mais pas assez pour l'arrêter jamais dans son travail.

Examen : Genou à peu près normal à l'inspection avec, cependant, une légère Hydarthrose à la palpation. Grosse atrophie du quadriceps. La palpation révèle un point douloureux au niveau du plateau tibial externe avec légère sensation de fongosités synoviales. L'étude des mouvements montre un très léger mouvement de tiroir, pas de mouvements de latéralité. L'hyperextension n'est pas douloureuse, mais l'hyperflexion réveille une douleur au niveau du plateau Tibial externe.

Le reste de l'examen de ce malade est entièrement négatif.

Opération le 10 octobre — Schleich.

Incision de Gernez. Synoviale très exubérante, villeuse, avec des points blancs au sommet des franges (?) Synovectomie presque totale. Il n'y a pas de lésion des Épines Tibiales ; les ligaments croisés tiennent bien, mais toute la région est rouge. Petite trépanation de la surface préspinale antérieure du Tibia : Ostéoporose. Prélèvement. Suture aux catguts de la Synoviale. Crins sur la capsule. Plâtre. Suites excellentes.

Examen histologique de la synoviale : Grosse hyperplasie tenant surtout à un état œdémateux du stroma sans hyper-

plasie notable du revêtement endothélial. Presque pas de lésions inflammatoires ; très nombreux vaisseaux.

Examen histologique de la trépanation osseuse : Os à peu près normal. Cependant quelques petits nodules inflammatoires.

Un cobaye fut inoculé le 10 octobre avec un broiement de synoviale : le 5 mars, cobaye bien portant ; remis en circulation.

En janvier 1936 : pas de limitation des mouvements, atrophie musculaire diminuée.

État local et général parfait ; le malade est très content.

Et pourtant quelques mois après, le malade revient porteur d'une hydarthrose du genou droit, tendue et douloureuse, apparue trois semaines auparavant. Il n'y a pas d'atrophie musculaire ; pas de dislocation articulaire. L'étiologie de ces épanchements est toujours aussi mystérieuse. Une ponction du genou est pratiquée : présence de nombreux polynucléaires et de quelques lymphocytes. (100 Poly. pour 15 Lymphocytes).

Absence de microbes.

Du côté opposé à gauche, c'est parfait. Tous les mouvements du genou sont possibles, pas d'atrophie musculaire, pas de douleurs, genou parfaitement sec.

Intervention : le 7 octobre 1936 :

Anesthésie générale au Schleich.

Incision de Gernez, interne.

Arthrite villeuse avec des points blancs chondroïdes au sommet des franges (comme en 1935). Épanchement séreux assez abondant. Les ligaments paraissent intacts. Sur la face postérieure de la rotule, chondromalacie très marquée. Synovectomie facile aussi complète que possible. Curettage énergique de la face postérieure de la rotule.

Suture. Plâtre.

Desensemencement sur milieu divers des fragments

de la synoviale n'ont pas poussé : même sur milieu de Lowenstein.

En 1938 : Récidive d'Hydarthrose du côté gauche sans épaissement synovial notable. Traitement anti-syphilitique comme ces dernières années, n'a donné aucun résultat.

Revu en décembre 1938 pour un kyste poplité à la face postérieure de la cuisse ; on voit là la cause de la récidive de l'hydarthrose gauche.

Le 15 décembre : Anesthésie générale au Schleich.

Incision longue postérieure médiane, tout de suite le Kyste poplité apparaît entre les muscles ischio-jambiers, internes et externes. Il est séparé avec soin du tronc du Sciatique qui est en dehors. Poursuivi, ce kyste se termine sans communiquer apparemment avec la bourse du demi-membraneux. Ponctionné il ne donne presque rien. Il est cloisonné.

On passe alors à la dissection de la poche profonde ; elle est située en dedans du jumeau interne. Elle est collée à la coque condylienne à travers laquelle elle communique avec l'articulation sous le tendon réfléchi du demi-membraneux. Il s'agit d'un kyste à parois minces Lobulé.

Pièces : Kystes cloisonnés à parois minces ici, épaisses là.

Examen histologique : Inoculation au Cobaye du liquide de ponction, du broiement de la Synoviale.

Cobayes bien portants au bout de 2 mois.

Ensemencement négatif.

Histologie : Mêmes lésions sur la bourse séreuse qu'au niveau de la synoviale lors des précédents examens.

OBSERVATION XVI

Monsieur Luc... Pierre, âgé de 58 ans, charpentier, entre à l'hôpital *Tenon*, le 28 décembre 1932 pour Hydarthrose du genou et douleurs du côté gauche.

Il s'agit d'un homme vigoureux jamais malade, et qui présente depuis cinq ans une Hydarthrose du genou gauche. Elle est variable dans son intensité, mais ne disparaît jamais complètement.

Récemment, à l'occasion d'une chute, elle est devenue énorme.

L'aspect est celui d'une arthropathie tabétique, tant le membre est déformé, mais il n'y a aucun signe de la série tabétique et aucune laxité articulaire.

Il n'y a pas d'adénopathie ; pas d'atrophie musculaire.

Le 30 décembre : Ponction du genou.

Examen direct : Prédominance d'Hématies.

Présence de Polynucléaires et quelques Lymphocytes.

Pas de microbes.

Inoculation d'un cobaye qui est également négative.

La radiographie du genou montre des lésions d'Arthrite déformante au début.

On décide d'intervenir par Biopsie.

Le 2 janvier 1933, à l'anesthésie locale : Arthrotomie interne. Épanchement très abondant « comme de la bière ». Aspect villeux tout à fait typique de la synoviale avec petites franges par place et grosses villosités en d'autres. Biopsie. Lavage à l'Éther. Suture.

Réponse du laboratoire : Pseudomyxome. Nodule inflammatoire d'Aschoff.

Le 14 février 1933 : Opéré par Monsieur GERNEZ. Incision interne. Synovectomie pour Synovite chronique.

Revu à plusieurs reprises les années suivantes :

Résultat fonctionnel excellent.

Pas de récurrence de l'Hydarthrose.

OBSERVATION XVII

Monsieur d'Acunt... Nicolas, âgé de 30 ans, coiffeur, entre à l'hôpital *Tenon*, le 18 avril 1934, pour une Hydar-

throse du genou droit avec troubles fonctionnels importants.

Ancien joueur de football il a reçu un coup de pied, il y a deux ans, à la face interne de cette articulation, mais qui n'a été suivi d'aucune conséquence et semble ne devoir guère entrer en ligne de compte dans l'interprétation des phénomènes présentés actuellement par ce blessé.

Le 23 décembre dernier, chute sur le genou dans un escalier, en flexion et plutôt sur le côté interne.

Depuis cette date :

La nuit, réveillant le blessé, légère lourdeur dans cette articulation ;

Le jour, douleur dans la position debout et à la marche ; tiraillement à la face antérieure de l'articulation, avec gros gonflement à la fin de la journée.

D'une façon générale, douleur aux mouvements d'extension ; atténuation aux mouvements de demi-flexion.

Examen : Gros genou d'hydarthrose, méplats effacés ; œdème péri-articulaire, douleur exquise à l'interligne surtout en dehors avec, aux mouvements de l'articulation, sensation de craquements.

Le reste de l'examen est entièrement négatif :

Pas d'adénopathie inguinale ou rétro crurale ;

Pas d'atrophie musculaire mesurable.

La radiographie du genou ne révèle aucune altération du squelette.

Opération le 25 avril. — Éther.

Incision de Lecène. Synoviale, rouge, hyperplasique, presque fongueuse, prélèvement pour laboratoire. Lavage à l'Éther. Suture en un plan. Plâtre.

Résultats des examens de laboratoire : La culture sur Lowenstein a été négative.

L'ensemencement sur bouillon n'a pas poussé.

Les fragments de synoviale présentent des nodules inflammatoires et une vascularisation très intense.

A une demande écrite de nouvelles, le 21 février 1939, le blessé répondit : « Depuis mon opération, cela va parfaitement, je n'ai jamais plus souffert de mon genou qui d'ailleurs n'a jamais plus gonflé, comme il le faisait autrefois. »

OBSERVATION XVIII

Mademoiselle Lec..., âgée de 18 ans, entre dans le service du Dr GERNEZ à l'hôpital *Tenon*, le 1^{er} août 1933, pour une Hydarthrose du genou droit (malade adressée au Dr MOULONGUET par le Dr COLLIN d'Amiens).

Le début des accidents qui amènent la malade à consulter remonte à une huitaine de jours environ. Début progressif sans aucun accident traumatique antérieur.

La malade n'accuse aucune douleur au repos, mais à la flexion de la jambe sur la cuisse, douleur vive entraînant une nette limitation des mouvements ; par contre, l'extension de la jambe sur la cuisse est moins douloureuse.

Déjà, il y a six ans les mêmes phénomènes s'étaient produits du côté gauche, le tout calmé en un mois à la suite d'une ponction du genou.

Un an après, le genou droit est pris ; traitement : ponction et rayons ultra-violets ; le tout cède en trois semaines.

Trois ans après, prise du genou gauche pendant trois semaines environ : même traitement.

En dehors de ces phénomènes articulaires, aucun antécédent pathologique n'est à noter.

Examen : Genou droit globuleux dont les saillies et les méplats ont disparu ; cette augmentation de volume restant modérée.

La palpation de l'articulation reste indolore.

Il existe un choc rotulien des plus nets avec une atrophie musculaire marquée. Des mouvements de l'articulation, seule la flexion est douloureuse.

Il n'y a pas d'adénopathie inguinale ni d'adénopathie rétro-crurale.

Malgré un B.-W. négatif dans le sang, examen pratiqué en raison de la bilatéralité des phénomènes articulaires ; dans le passé de la malade on pense à une étiologie syphilitique possible et on institue un traitement d'épreuve qui ne donne aucun résultat, pas plus que l'examen cytologique du liquide de ponction du genou, ni que l'examen de sécrétions uréthro-vaginale.

Le 26 août 1933 : Opération (D^r MOULONGUET),

Incision de Lecène.

Synoviale rouge sombre, très épaisse : « comme un tapis de « feutre ». Pas de fongosités. Pas d'altération nette du type arthrite. La synoviale déborde un peu sur le revêtement cartilagineux. Lavage à l'éther. Fermeture en un plan. Plâtre.

Suites excellentes.

L'examen histologique de la synoviale n'a révélé aucune image pathologique.

L'examen bactériologique : aucun microbe.

Revue en novembre 1933 : va très bien : genou absolument sec ; mobilité normale, quadriceps encore un peu atrophié.

Le 6 novembre 1936 : va très bien, n'a plus jamais eu d'accidents ni de douleurs.

OBSERVATION XIX

Monsieur D..., âgé de 42 ans, vient consulter le D^r MOULONGUET, le 13 janvier 1930 pour une Hydarthrose du genou droit datant de 1925, sans cause étiologique connue. Cette Hydarthrose qui avait subi des poussées et des rémissions jusqu'en 1927 devient alors presque continue, mais surtout réveillée par la marche.

Pas de phénomènes douloureux brusques, sauf aux semaines dernières, mais précisément après cette crise aucune poussée d'hydarthrose.

Examen : Hydarthrose peu tendue.

Culs de sac synoviaux non indurés non épaissis.

Atrophie musculaire faible.

Pas de ganglions inguinaux.

Mouvements de flexion légèrement limités.

Au palper du genou : saillie très nette du rebord fémoral interne contre l'interligne ; on se demande s'il ne s'agit pas d'un enchondrome où d'un ménisque ossifié.

A la radiographie : Arthrite chronique débutante.

Le 20 janvier 1930 : Même état ; un Bordet-Wassermann est pratiqué dans le sang, la réaction est négative.

Aucune trace de spécificité viscérale.

Le 4 février 1930 : Arthrotomie interne assez longue pour permettre la luxation rotulienne, mais non son retournement.

Épanchement séreux abondant. Synoviale un peu rouge, pas très végétante. Lésions d'arthrite sèche très nette : chémosis synovial, destruction parcellaire du cartilage, enchondrome du rebord interne de la trochlée. Il ne paraît pas possible de traiter ces lésions. Il n'y a ni corps étranger, ni lésion méniscale, ni frange synoviale exubérante.

Pas de lavage. Prélèvement du liquide et des fragments synoviaux pour examen. On compte sur la vaso-dilatation post-opératoire pour améliorer la trophicité osseuse. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Réaction fébrile avec chute en lysis depuis 38°5.

Les examens de laboratoire ont tous été négatifs.

Le 3 mars 1930 : Genou sec. Atrophie musculaire moins nette. Mouvements encore limités.

Le 2 juin 1930 : Excellent état local ; genou absolument

sec. Mobilité parfaite. Atrophie musculaire résiduelle : 2 cm. 1/2. Solidité parfaite sur le genou.

Le 28 octobre 1930 : Fait du saut en longueur, ne ressent rien. Atrophie : 1 cm. 1/2.

Le 20 décembre 1930 : Articulation absolument normale : marche, court, saute comme s'il n'avait jamais présenté aucune atteinte du genou.

Huit ans après, le malade, à une demande écrite de nouvelles, répond une lettre enthousiaste.

« Depuis huit ans, dit-il, que j'ai été opéré, je n'ai plus
« jamais présenté d'hydarthrose du genou, jamais plus je
« n'ai souffert. Mon genou est actuellement aussi fort que
« l'autre. Je fais chaque matin une vingtaine de kilomètres
« à bicyclette sans aucune fatigue. »

CONCLUSIONS

L'Arthrotomie dans les Hydarthroses du Genou dites essentielles présente un double intérêt :

1^o Au point de vue Diagnostic :

Précise souvent la lésion causale macroscopiquement, permet toujours une biopsie de la Synoviale qui précise l'étiologie de certaines formes anormales d'épanchement.

2^o Au point de vue Thérapeutique :

Cette arthrotomie permet d'appliquer une thérapeutique spécifique en cas de lésion précise ;

Cette arthrotomie par elle-même a pu se montrer curatrice dans certaines formes mal cataloguées d'Hydarthroses du genou,

Vu : *le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *le Président,*
LENORMANT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARDOUIN. — *Thèse Paris*, 1934.
- BASSET. — *Le Genou*, 1932.
- BAZY (Louis). — Discussion à l'Académie de Chirurgie, 9 juin 1937.
- BÉCLÈRE. — *Presse Médicale*, 1935, page 1839.
- BERNARD (Raymond). — Résultat éloigné d'une synovectomie pour Hydarthrose (*Société Nationale de Chirurgie*, 7 février 1934).
- BIRCHER. — Die Binnenverletzungen des Kniegelenkes (*Schweiz médiz. Wschr.*, 1929, 1292 und 1309).
- Pneumoradiographie des Knies und der anderen gelenke (*Schweiz médiz. Wschr.*, 1931, 1210).
- BRON ITT. — Étude des résultats de la Synovectomie du Genou (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. XII, oct. 1930).
- BORSOTTI. — Pathologia e chirurgia dei menischi articolari del ginocchio (*Arch. ital. chirurg.*, 33, fasc. 2, 1933).
- DELITALA et TOMASINI. — La lesione interne de ginocchio (XXVI^e Congrès de la *Soc. Italiana di orthopedia*, 1935).
- DIAMANTBERGER et SICARD. — Revue orthopédique et chirurgicale de l'appareil moteur, 1^{er} janvier 1931.
- FRIEDRICH. — Sur la régénération des Ménisques (*Zentralblatt für chirurgie*, tome LVII, n^o 41, oct. 1930).
- GERNEZ. — Grandes voies d'accès latérales de l'articulation du Genou (*Soc. Nationale de Chirurgie*, 5 février 1930).
- Arthrotomie du Genou par Luxation rotulienne (*Soc. Nationale de Chirurgie*, 26 mars 1930).
- GUEDJ. — *Thèse Alger*, 1930.
- KALINA. — Rapport au III^e Congrès de la *Société internationale*

- de Chirurgie Orthopédique* (Bologne-Rome, 1936).
- *Pols. Gaz. Lek.* n° 3, 1925.
- *Chir. org., mot. et ortho.*, vol. VI, fasc. IV.
- *Lek wojsk*, tome XXVI, n° 8.
- KOPP. — Association d'Ostéochondrite disséquante et d'une lésion méniscale (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, LIX, n° 28, 1929).
- LAZZERONI. — *Il Policlinico*, an. XXXVI, n° 21, mai 1929.
- LECÈNE et HUET. — Chirurgie des os et des articulations des membres, pages 223 et 266.
- MANDL. — Régénération chez l'homme des ménisques du genou (*Zentralblatt für chirurgie* (tome LVI, déc. 1929 ; tome LVI, juin 1929).
- MATHIEU. — Rapport au III^e Congrès de la *Société internationale de Chirurgie Orthopédique* (Bologne-Rome, 1936).
- MAUCLAIRE. — A propos de la difficulté de diagnostic de certaines lésions du genou (*Société nationale de chirurgie*, mars 1928).
- MONDOR. — Discussion à l'Académie de Chirurgie, 9 juin 1937.
- MOLLER. — Luxation d'un ménisque régénéré après extirpation (*Zentralblatt für chirurgie*, tome LVII, nov. 1930).
- MOUCHET et TAVERNIER. — Rapport au XXV^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1926. Pathologie des Ménisques du Genou.
- MOULONGUET. — Traitement de certains cas de luxations rotuliennes par transplantation musculaire (*Société nationale de Chirurgie*, 7 mars 1928).
- PLATT (H.). — Rapport au III^e Congrès de la *Société internationale de Chirurgie Orthopédique* (Rome-Bologne, 1936).
- QUERNEAU. — *Thèse Paris*, 1932.
- SICARD. — *Bulletins et Mémoires de La Société Nationale de Chirurgie*, 1930.
- SORREL. — Discussion *Société Nationale de Chirurgie* : 28 janvier 1931 ; 21 décembre 1932 ; 7 février 1934 ; 30 janvier 1935.
- Discussion au III^e Congrès de la *Société internationale de Chirurgie Orthopédique* (Rome-Bologne, 1936).
- Discussion à l'Académie de Chirurgie, 9 juin 1937.
- SPEED. — La Synovectomie du Genou (*The Journal of the american medical association* (vol. LXXXIII, 6 déc. 1924).

STEINDLER. — La Synovectomie et l'ablation du ligament graisseux du genou (*The journal of the american medical association*, (vol. LXXXIV, 3 janvier 1925).

VULLIET. — Arthrites tuberculeuses du genou simulant des lésions méniscales (*Revue suisse des accidents de travail*, n° 1, 1936).

